UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 210

CONTRIBUTION

à l'Étude Clinique de l'Ulcère juxtacardial de l'Estomac

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Novembre 1956

PAR

GÉRARD FILLAUDEAU

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Diplômé de Médecine Tropicale
Breveté de Marine Marchande

Né le 3 Janvier 1931, à Tamatave (Madagascar)

Examinateurs de la Thèse :

MM. AUBERTIN, Professeur ..... *Président.*
DUFOUR, Professeur .....
LAVIGNOLLE, Agrégé ..... *Juges*
MARTIN-DUPONT, Agrégé .....

Bordea
Imprimerie E. TAFFARD
6, rue Métivier

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0015

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 210

CONTRIBUTION
à l'Étude Clinique
de l'Ulcère juxtacardial de l'Estomac

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Novembre 1956

PAR

GÉRARD FILLAUDEAU

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Diplômé de Médecine Tropicale
Breveté de Marine Marchande

Né le 3 Janvier 1931, à Tamatave (Madagascar)

Examinateurs de la Thèse :

MM. AUBERTIN, Professeur ..... *Président.*
DUFOUR, Professeur .....
LAVIGNOLLE, Agrégé ..... } *Juges*
MARTIN-DUPONT, Agrégé .....

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Bordeaux
Imprimerie E. TAFFARD
6, rue Métivier
—
1956

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyens honoraires : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN.
Doyen : M. SIGALAS. — **Assesseur** : M. TAYEAU

Professeurs honoraires :
MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET. PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

Professeurs :

MM.	
Clinique médicale	DE GRAILLY. BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN. MASSÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathologique et miscrocopie clinique	LÉGER.
Anatomie	DUFOUR.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD.
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.
Chimie	MESNARD.
Matière médicale	MASQUELIER.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

MM.	
Pathologie générale et expérimentale	SARIC.
Clinique ophtalmologique	BESSIÈRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE.
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN.
Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine et hygiène tropicales et Clinique des maladies exotiques	MORETTI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC.
Hydrologie therapeutique et Climatologie	DUBARRY.
Carcinologie	LACHAPÈLE.

Professeur a titre personnel :
M. BLANQUET (Section Pharmacie).

Professeurs sans chaire :
MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)
M. CAZAUX (Pharmacie 3e Section)

Maîtres de Conférences Agrégés

MM.	
Anatomie	RIGAUD. CABANIÉ.
Biochimie médicale	NEUZIL.
Pathologie expérimentale	FAURE.

MM.	
Physique médicale	DUHAMEL.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE. ROMAIN.
Pharmacie (2e section)	QUILICHINI.

Chargé des Fonctions de Maître de Conférences Agrégé :
M. STOLL (Histologie).

Agrégés en Exercice :

MM.	
Médecine générale	BERGOUIGNAN. LENG-LEVY. LAVIGNOLLE. MARTIN-DUPONT. DAVID-CHAUSSÉ. J. RIVIÈRE.
Chirurgie générale	LAUMONIER. CHAVANNAZ. VILLAR. TINGAUD. DE PAULIS. DARMAILLACQ.

MM.	
Obstétrique	CHASTRUSSE FAUGÈRE.
Ophtalmologie	CORCELLE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS. M. PORTMANN.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Odonto-Stomatologie	BENOIT.
Urologie	LANGE.
Neurologie et Psychiatrie	BLANC.
Pneumo-Phtisiologie	FREOUR.

Cours Complémentaires :

MM.	
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	CHASTRUSSE. FAUGÈRE.
Puériculture	VERGER. PÉRY.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.
Cryptogamie	LAUBIE.
Obstétricie sociale	MAHON.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE.
Chimie analytique	BABIN.
Pathologie chirurgicale	VILLAR. CHAVANAZ. TINGAUD. DARMAILLACQ. LAPORTE.

MM.	
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Physiologie	Mme LINQUETTE.
Toxicologie et hygiène	Mlle LARCEBEAU.
Phytopharmacie	CORTESI.
Droit médical international	AUBY.
Médecine légale	L'ÉPÉE.
Sémeiologie médicale	RIVIÈRE J.
Sémeiologie chirurgicale	DEPAULIS.
Embryologie	STOLL.
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN. LEVY. LAVIGNOLLE. DAVID-CHAUSSÉ. RIVIÈRE. MARTIN-DUPONT.

Le Secrétaire Principal de la Faculté : M. GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

Avec toute ma reconnaissance pour leurs nombreux sacrifices.

A MA FEMME

A MON FILS

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

ET DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVIAU

Avec toute notre reconnaissance pour l'accueil et l'enseignement que nous avons trouvés auprès de lui.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

DE BORDEAUX

A NOS PROFESSEURS

DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE

DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

A MONSIEUR L'ABBE HENRI LURTON

AUMÔNIER DE SANTÉ NAVALE

Avec nos sentiments respectueux.

A LA MEMOIRE DE ROGER CASIMIRIUS

MÉDECIN-LIEUTENANT DES TROUPES COLONIALES

Mort pour la France en Algérie.

A MONSIEUR

LE MEDECIN GENERAL DE 2e CLASSE P. LAHILLONNE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

MÉDECIN DES HÔPITAUX MARITIMES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE (1939-1945)

OFFICIER DU MÉRITE MARITIME

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF DE 1re CLASSE CONSTANS

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

SPÉCIALISTE DES HÔPITAUX MARITIMES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE 1939-1945

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR CL. MARTIN-DUPONT

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
ASSISTANT DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LAVIGNOLLE

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUFOUR

PROFESSEUR D'ANATOMIE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
CHEVALIER DU MÉRITE MARITIME
MÉDAILLE D'HONNEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Avec nos remerciements pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner au cours de la préparation de ce travail.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE ET DES MALADIES INFECTIEUSES

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE 1914-1918

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Qu'il trouve ici l'expression de notre admiration et de notre gratitude pour son enseignement hautement profitable.

ERRATA

Page 11 (Introduction - ligne 2) - Lire : *Siège particulier.*

Page 15 (ligne 28) - Lire : *et deux groupes secondaires.*

Page 17 (ligne 5) - Lire : *incissura cardiaca.*

Page 21 (ligne 11) - Lire : *l'œsophage.*

INTRODUCTION

L'ulcère juxtacardial de l'estomac a fait l'objet de thèses en 1920 et 1924. Signe particulier: il offre une symptomatologie spéciale. C'est la raison pour laquelle il nous a paru intéressant de nous attacher de nouveau à ce sujet.

Le dernier travail d'ensemble qui lui a été consacré par des auteurs lyonnais date de 1946. Notre but n'est évidemment pas de le faire connaître, mais simplement d'attirer l'attention sur une série de signes particuliers à cette localisation. La confrontation de nos observations nous a permis de dégager cette symptomatologie.

Ces observations sont, pour la plupart, personnelles au Docteur Duviau qui a bien voulu nous les communiquer et nous aider dans nos premiers pas en gastro-entérologie. Il nous a inspiré ce travail et nous a conseillé dans sa composition et sa rédaction. Nous lui présentons nos remerciements et l'assurons de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Aubertin a bien voulu également nous confier une observation d'ulcère juxtacardial, et, avec nos remerciements, nous le prions de croire en notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

DÉFINITION

Pour définir l'ulcère juxtacardial, nous ne pouvons mieux faire que reprendre ce qu'a dit Guérin dans sa thèse de Lyon en 1920. Il s'agit de tout ulcère situé dans la région délimitée de la façon suivante :

En haut, le cardia.

En bas, une ligne fictive partant d'un point de la Petite Courbure situé à trois centimètres au-dessous du cardia (pour Guérin), et quatre centimètres (pour Savy), pour atteindre un point situé sur la grosse tubérosité à la partie supérieure de sa convexité.

A droite, la Petite Courbure elle-même.

A gauche, la Grande Courbure.

En réalité, l'ulcère est en général sous-cardial débordant plus ou moins sur les faces postérieure ou antérieure.

Cette délimitation est arbitraire au point de vue anatomique pur, car rien ne sépare cette zone sous-cardiale du reste de l'estomac. Cependant, tout le monde est d'accord pour reconnaître l'autonomie de ces ulcères.

FRÉQUENCE

Ces ulcères sont rares. Il est difficile de donner des chiffres, même approximatifs, les auteurs n'étant pas d'accord.

Peut-être en trouverait-on davantage si on examinait la région du cardia de façon systématique comme on le fait pour la région pyloroduodénale.

Messieurs Savy, Vachon, Blondet et Buffard, dans leur travail de Juillet 1946 donnent une statistique personnelle de 1 %, citant auparavant les chiffres de :

Max Einhorn	1 %.
Le Noir	3 %.
De Quervain	8 %.
Kratowki	2,7 %.
Henle et Hammerke	0,7 %.
Martin	6,5 %.

Cette diversité de chiffres montre qu'il est bien difficile de se faire une opinion.

Nous nous permettrons de citer la proportion du Docteur Duviau qui est de 4 à 5 % en clientèle particulière.

Il semble d'autre part que ni l'âge ni le sexe des malades aient une influence sur l'apparition de ces ulcères.

RAPPEL D'ANATOMIE

La portion intra-abdominale de l'œsophage, fort courte, est très variable suivant les sujets. Elle mesure en général deux centimètres, mais est légèrement plus longue chez la femme, ce qui rendrait, chez cette dernière, les interventions plus faciles.

Elle repose directement en arrière contre le pilier gauche du diaphragme. En avant, elle est recouverte de péritoine et masquée par le lobe gauche du foie. Son bord droit reçoit l'insertion de la partie toute supérieure du petit épiploon (pars condensa) et, derrière celui-ci, la pointe supérieure de la faux de la coronaire stomachique.

Le cardia, de niveau variable, répond en général en arrière au flanc gauche de la dixième dorsale et en avant à la septième articulation chondrosternale gauche. La grosse tubérosité remonte jusqu'à la cinquième côte.

Le cardia a un orifice ovalaire à grand axe oblique en bas et à droite. Extérieurement il n'est indiqué que par une encoche entre le bord gauche de l'œsophage et la grosse tubérosité (incissura cardiaca). Intérieurement, à cette encoche correspond un repli valvulaire, la « valvule cardiale », qui sert de clapet. La partie supérieure de l'estomac est cachée à gauche par le rebord costal et à droite par le foie. Derrière le rebord costal, il faut noter la présence du cul-de-sac pleural costo-diaphragmatique qui empêche de réséquer largement ce rebord pour découvrir la grosse tubérosité de l'estomac. On ne peut réséquer que la dixième côte

et le cartilage de la neuvième. Le poumon atteint la septième côte sur la ligne axillaire antérieure.

La grosse tubérosité s'applique sans l'intermédiaire du péritoine contre la paroi abdominale postérieure, constituée à ce niveau par le diaphragme auquel elle adhère normalement par un tissu fibreux dense constituant le ligament suspenseur de l'estomac. Elle est séparée de la base du péricarde par la coupole diaphragmatique.

Cette région est irriguée en avant par l'artère œsophago-cardio-tubérositaire, branche de la coronaire stomachique, et en arrière par les vaisseaux œsophago-cardio-tubérositaires postérieurs, venant de l'artère gastrique postérieure, elle-même branche de la splénique.

Le pneumogastrique droit est postérieur et le gauche antérieur. Ce dernier vient s'épanouir sur l'œsophage abdominal, la région cardiale et la face antérieure de l'estomac. Le pneumogastrique droit s'épanouit sur la face postérieure et donne des rameaux afférents aux ganglions semi-lunaires et mésentériques supérieurs.

Le drainage lymphatique de cette région se fait vers le confluent gastro-spléno-colique qui aboutit à la citerne de Pecquet, à son angle inférieur gauche. A droite aboutit le confluent gastro-hépato-intestinal. Le confluent gastro-spléno-colique est constitué par trois troncs : le tronc colique gauche, le tronc splénique et le tronc gastrique supérieur. Ce dernier collecte la lymphe de la chaîne coronaire stomachique qui comprend un groupe principal situé dans la faux de l'artère coronaire, ou groupe de la faux, et de deux groupes secondaires, l'un situé le long des branches terminales de la coronaire stomachique, l'autre le long des vaisseaux œsophago - cardio - tubérositaires antérieurs. C'est ce dernier groupe ganglionnaire qui draîne la région qui nous intéresse.

RAPPEL DE PHYSIOLOGIE

Les anatomistes n'ont jamais pu mettre en évidence l'existence d'un sphincter à la jonction œsophago-gastrique. Pourtant diverses expériences d'ordre physiologique prouvent le contraire.

On a pu démontrer l'action de relâchement du vague et celle de constriction du sympathique (Knight et Adamson).

A la faveur de fistules gastriques, on a vérifié les mouvements rythmés du cardia qui se ferme et se relâche, en y introduisant le doigt (Schiff et Offenchowski).

Dans un sens, les anatomistes ont raison, il n'y a, somme toute, qu'un sphincter physiologique.

C'est par irritation du sympathique à distance, par exemple par ulcère de l'estomac ou par vésicule lithiasique qu'on explique certains spasmes de l'œsophage inférieur et du cardia.

Sur de rares spécimens nécropsiques en état de contracture obtenus par plusieurs auteurs (Reich, Jutras, Levrier, Longtin), on a pu constater un épaississement de un à deux millimètres sur une longueur de deux à trois centimètres. C'est bien ce sphincter qui est le principal agent de fermeture du cardia.

D'autre part, il faut faire intervenir la « valvule cardiale », repli muco-membraneux en forme d'arc, auquel on attribue un rôle de clapet, qui ne s'ouvre que dans le sens œsophage-estomac.

Un troisième élément de fermeture enfin, auquel certains auteurs ont voulu faire jouer le principal rôle, mais qui n'est qu'accessoire en réalité, est constitué par le passage de l'œsophage dans l'hiatus diaphragmatique. Le contact est particulièrement net au fond de l'incessura cardiaca. Dans l'inspiration, le cardia s'approche du bord supérieur de l'hiatus et il y a, en effet, coincement, d'où obturation. Mais, répétons-le, ce mécanisme est loin de suffire à lui seul et c'est pourquoi nous préférerons le terme de cardiospasme à celui de phrénospasme par lequel on a voulu le remplacer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SIEGE.

Ces ulcères se trouvent le plus souvent à la jonction de la partie terminale de l'œsophage et de la partie initiale de la Petite Courbure. L'ulcère est cependant bien dans la portion gastrique de la muqueuse. Il empiète souvent sur la face postérieure et, plus rarement, sur la face antérieure.

DIMENSIONS.

Elles sont considérables, atteignant souvent la taille d'une pièce de dix francs et parfois de cinq francs. L'ulcère est bien délimité, véritable trou à l'emporte-pièce en forme de tronc de cône vers la séreuse. Le fond est plan et rarement induré. La réaction inflammatoire est considérable. Elle infiltre la paroi gastrique à distance, ce qui rend difficile le travail du chirurgien. La Petite Courbure se rétracte, et souvent pylore et cardia se rapprochent. Tout cela complique le repérage de la région.

C'est pourquoi la radiographie est indispensable pour bien situer l'ulcère.

NOMBRE.

Nous avons relevé des cas d'association à un ulcère d'une

autre région de l'estomac, mais plus fréquemment du bulbe duodénal.

LA GASTROSCOPIE.

Elle est malaisée dans cette région, mais serait d'un précieux secours, car l'ulcère est souvent entouré d'œdème qui l'enferme et peut empêcher la baryte de l'imprégner.

Cette manœuvre est souvent difficile, d'une part à cause de cet œdème, d'autre part à cause d'un spasme possible du cardia. On voit l'ulcère profondément enfoncé entre les bosses œdémateuses où il ne peut s'étaler, et où il présente pour cette raison, un aspect fissuraire. Signalons en outre l'existence de la zone reflexogène sous-cardiale, bien mise en évidence par Moutier. En effet, cette région supporte mal le mouvement de l'objectif du gastroscope et l'insufflation nécessitée par l'examen.

EVOLUTION.

L'ulcère jeune peut cicatriser vite, soit spontanément, soit après traitement médical.

La rareté de la perforation en péritoine libre a été bien signalée par Guérin, à cause des nombreuses adhérences inflammatoires précoces, rendant d'ailleurs très difficile l'intervention chirurgicale.

Guérin et les autres auteurs ont parlé de la tendance rétractile suivant la Petite Courbure, rapprochant le pylore et le cardia. Personnellement, nous n'en avons pas observé de cas.

Quant à la biloculation gastrique qui serait due à une rétraction dans un sens perpendiculaire à la Petite Courbure, elle est aussi, de l'avis de Guérin, extrêmement rare.

Dans l'ensemble, l'évolution de l'ulcère juxtacardial est lente et même chronique.

COMPLICATIONS.

— L'hémorragie peut être très grave, par érosion d'une artère tubérositaire antérieure par exemple. Nous n'avons vu que des vomissements striés de sang.

— La perforation franche est rarissime. On l'attribuerait à un ulcère juxtacardial de la face antérieure de l'estomac et cette localisation est très rare.

— En ce qui concerne la transformation cancéreuse, nous citerons Gutmann, qui croit que cette région est une zone où la dégénérescence est plus fréquente qu'ailleurs et il l'oppose bien à la partie verticale de la Petite Courbure où l'on sait que les ulcères ne dégénèrent jamais.

Les ulcères ont tous guéri par traitement médical et nous n'avons pas observé de dégénérescence.

DE LA RADIOLOGIE

La technique radiologique pour découvrir la localisation ulcéreuse juxtacardiale doit avoir une extrême rigueur ainsi que l'ont montré Ledoux-Lebard, Garcia-Calderon, puis Nemours-Auguste, Porcher, et, ces dernières années, Cherigié et Guéret.

A notre avis, il est important qu'un esprit clinique préside à ces examens.

Le temps radioscopique revêt une extrême importance. L'œsophage et l'estomac seront examinés dans différentes positions. Il faut tout d'abord juger en mettant le malade en O A D, de la progression de la bouillie barytée dans l'œsophage, de la mobilité de cet organe, de ses contractions, et surtout de la présence ou non d'un cardiospasme. C'est ici que l'épreuve au nitrite d'amyle, si bien mise en lumière par Nemours-Auguste, prend toute son importance.

Cardiospasme d'origine neurovégétative ? Il cède spontanément au nitrite d'amyle.

Cardiospasme dû à une lésion sous-jacente ? Il n'est point levé par ce même nitrite d'amyle. Ce cardiospasme peut être accompagné d'un mégacœsophage secondaire dont les dimensions sont parfois surprenantes, selon certains auteurs.

Nous n'en avons cependant jamais rencontré dans les différentes explorations nécessitées par nos malades.

Il faut juger également de la mobilité gastrique et surtout du franchissement du pylore par la bouillie barytée. La présence de certains mégabulbes ou d'antres très déformés peut amener aussi à suspecter une lésion haut située.

Dès que la bouillie barytée a franchi le pylore, et seulement à ce moment là, nous prenons un cliché de face du bas œsophage et de l'estomac, puis un cliché en O A D qui dégage ainsi parfaitement ce bas œsophage, permet d'en saisir les contours et la façon dont se fait la jonction œsophago-gastrique.

Ceci permet d'ailleurs d'établir un diagnostic différentiel avec les diverticules épiphréniques ou les petites hernies hiatales. Il faut toujours prendre un cliché en décubitus et en procubitus ; ceci permettant le diagnostic différentiel avec le simple recessus sous-cardial.

Nous reprendrons ces considérations au chapitre du diagnostic différentiel.

Selon le siège de l'ulcère sous-cardial, nous pouvons voir différentes images sur les clichés. Il peut s'agir soit de niches : véritables niches « en têton », « niches plates », « niches en éperon », soit de convergences de plis.

Si l'ulcère est très près de la jonction cardio-œsophagienne, nous voyons apparaître une nette convergence des plis avec parfois un très gros pli d'œdème qui part de la lésion pour descendre vers la Petite Courbure. Parfois l'ulcère se révèle sous la forme d'un « croissant turc ».

S'il est situé ou déborde sur la face postérieure, la niche devient plus apparente en O A D. Au contraire, dans cette position, il s'efface s'il est sur la face antérieure et se révèle mieux en O A G.

L'étude des clichés se poursuivra par une lecture très minutieuse de la région pyloro-duodénale, car, très souvent, c'est la présence d'un mégaduodénum qui sera le signe secondaire d'un ulcère sous-cardial. De même, il est des bulboduodénites réactionnelles de ces ulcères haut situés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I (inédite)

Observation communiquée par Monsieur le Professeur Aubertin

Madame FIL.., âgée de 60 ans, demeurant à Cavignac (Gironde), vient consulter Monsieur le Professeur Aubertin le 5 juin 1956, et lui raconte l'histoire suivante :

Hypertendue par intermittence, elle a présenté il y a trois ans des douleurs précordiales et de la fatigue. Son médecin l'adresse à un cardiologue qui ne trouve rien à l'examen de son cœur. Elle revient chez ce cardiologue deux ans après, avec des crises de bradycardie, mais l'examen de ce spécialiste est de nouveau négatif. Elle vient consulter Monsieur le Professeur Aubertin parce qu'elle se sent très fatiguée. Sans avoir de brûlures ni de nausées, elle digère mal, présente des somnolences post-prandiales, des ballonnements, et, ayant toujours été très constipée, va à selle avec des laxatifs. Elle n'a pas de dyspnée d'effort, mais insiste sur son état de fatigue et de lassitude.

Devant cette constipation chronique et cette histoire d'allure dyspeptique, celle malade est adressée au Docteur Duviau pour un examen complet du tube digestif.

Examen clinique :

Cœur : souffle systolique de base. T.A. : 19-9.

La palpation de l'abdomen révèle une douleur diffuse de tout le ventre. Le reste de l'examen clinique ne révèle rien d'anormal.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

La traversée œsophagienne est normale, le cardia souple facilement franchi par la bouillie barytée. L'estomac hypotonique au début de l'examen se normalise par la suite. La poche à air est de moyenne importance. Les contractions sont lentes. Après une butée la traversée pylorique se fait normalement. La traversée duodénale se poursuit sans obstacle et sans phénomènes de brassage. La palpation de l'estomac dont les parois sont souples, ne décèle aucune zone douloureuse particulière.

2°) Radiographie :

Les clichés, pris de face, en position oblique, en décubitus et procubitus, pemettent de déceler un ulcère sous-cardial de la Petite Courbure mordant sur la face postérieure, particulièrement visible sur le cliché en procubitus sous forme de petit éperon.

Estomac en procubitus.

OBSERVATION N° II (inédite)

Madame FAU.., 54 ans, sans profession, présentant des phénomènes pathologiques d'origine ménopausique, vient consulter le 28-4-53, sur les conseils de son médecin, parce que, depuis six mois, elle présente des crises gastriques douloureuses d'une durée de 10 jours chaque fois, suivies de 20 jours d'accalmie. Ce sont des douleurs à type de crampes, de torsions, survenant très tôt après le repas, sans modification de l'appétit, avec un léger amaigrissement progressif. En février, deux mois avant de consulter, des troubles nouveaux s'ajoutent à ceux décrits ci-dessus : c'est une difficulté à avaler les grosses bouchées, qui passent avec absorption de liquide. Il s'agit d'une dysphagie réflexe. En même temps que celle-ci, la malade a de la tachycardie, des sueurs froides et une tendance à la syncope. Quinze jours avant de consulter, elle a eu quelques vomissements aqueux et glaireux avec un peu de sang. Son médecin la fait examiner par un cardiologue dont l'examen est négatif. Elle a beaucoup maigri et ne mange presque plus, craignant de souffrir.

Examen clinique :

L'examen des différents appareils ne révèle rien d'anormal.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

Traversée œsophagienne normale, mais il existe un cardiospasme vaincu en deux minutes. Cardia souple facilement franchi. Estomac allongé, hypotonique. Pas de liquide de stase. Contractions normales. Traversée pylorique normale. Traversée duodénale normale mais avec phénomènes de brassage. La palpation des parois de l'estomac ne décèle aucun point douloureux.

2°) Radiographie :

Les clichés montrent de la gastrite, de la bulboduodénite, et un ulcère sous-cardial.

Cette malade subit un traitement antiulcéreux et est revue deux mois plus tard. Il y a une très nette régression des signes cliniques. Seuls persistent quelques petits vomissements glaireux striés de sang. Son alimentation est normale et elle a repris du poids. Au point de vue radiographique, la niche a bien diminué d'importance.

Revue quatre mois après, la niche a disparu. La malade va très bien au point de vue clinique, mais a présenté encore quelques vomissements rosés.

Une thérapeutique à visée endocrinienne est alors entreprise. Elle a donné des résultats excellents.

Estomac face debout.

OBSERVATION N° III (inédite)

Madame FONT.., 37 ans, sans profession, consulte son médecin au mois de Mars 1956, pour une altération rapide de l'état général, des troubles digestifs très vagues accompagnés de troubles cardio-vasculaires. Jusqu'au 10 Février, elle était bien portante, mais fatiguée seulement au moment des règles où elle avait alors des ballonnements, était plus constipée que d'habitude, avait des crises de tachycardie. A cette date, elle a vu apparaître, pendant trois semaines, une symptomatologie caractérisée par : une impression de barre très haut située dans l'abdomen, avec plénitude gastrique survenant très tôt après le repas, souvent même avant la fin de celui-ci, et des sensations lipothymiques. Elle avait un pouls rapide à 110-120, mais pas de sueurs froides. Et pendant ce temps-là, elle maigrissait. Son médecin, pensant à une histoire cardiaque et neurovégétative fait une thérapeutique symptomatique à base d'antispasmodiques et de tonicardiaques qui amène un léger soulagement. Mais, devant la répétition de ces accidents à allure cardio-vasculaire, il l'adresse à un cardiologue, lequel ne trouve rien à l'examen du cœur. L'électrocardiogramme est normal. On pense alors à la possibilité d'une maladie de Basedow. Des investigations faites en ce sens ne confirmèrent pas l'hypothèse. Il en fut de même pour une maladie d'Addison.

C'est pour cette raison que, devant l'échec des diverses thérapeutiques essayées, on l'adresse à un spécialiste de gastroentérologie.

Le 5 Mai 1956, on est en présence d'une malade très amaigrie, fatiguée, qui insiste sur le caractère lipothymique de ses crises.

Examen clinique :

La palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

Cœur normal. Pouls à 110.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

Léger cardiospasme, mais pas de mégaœsophage. La bouillie pénètre dans un estomac de tonicité normale, distendu, très allongé, à poche à air de moyenne importance. Pas de liquide de stase. Contractions normales aboutissant au pylore normalement. La traversée duodénale se fait sans obstacle. La palpation des parois de l'estomac, qui sont souples, ne révèle pas de point douloureux.

2°) Radiographie :

Les clichés montrent un ulcère sous-cardial avec importante déformation antro-pylorique réactionnelle, et importante gastrite.

Un traitement est institué et la malade voit diminuer l'importance de ses crises et n'a plus eu de lipothymies. Mais elle n'arrive pas à reprendre du poids.

Elle est revue, très améliorée du point de vue gastrique, le 17 juillet 1956, et les clichés pratiqués alors montrent une régression très nette de l'ulcère qui ne s'est pas encore complètement estompé.

Estomac en décubitus.

OBSERVATION N° IV (inédite)

Monsieur CAS.., 65 ans, employé de banque, souffre depuis septembre 1954, de crises à type de brûlures avec sensation de plénitude gastrique ; crises survenant assez tôt après le repas, entraînant des salves d'éructations et accompagnées parfois d'angoisse précordiale et de tachycardie. En outre, il a présenté à plusieurs reprises des syncopes. Après le repas, son visage était congestionné, vultueux. C'est précisément parce que ces syncopes ne lui permettent pas d'aller à son bureau après le repas de midi, que le malade vient consulter. Signalons qu'on ne constate aucun symptôme colique chez lui. Ces phénomènes se sont présentés d'une manière cyclique.

Examen clinique :

T.A. : 17-9.

Premier bruit claqué.

Pas de tachycardie.

Sujet pléthorique.

Examen radiologique (11-12-54) :

1°) Radioscopie :

La traversée œsophagienne est rapide. On note un cardiospasme sans méga-œsophage. Le cardia est souple. L'estomac est hypotonique, haut situé dans l'abdomen. Pas de liquide de stase. Poche à air importante. Contractions lentes. La palpation des parois de l'estomac décèle une zone douloureuse dans la région sous-cardiale.

Radiographie :

Gastritre généralisée. Bulboduodénite œdémateuse. Ulcère de la région du cardia.

Estomac face debout.

OBSERVATION N° V (inédite)

Madame AU.., 65 ans, sans profession, demeurant à Bordeaux, vient consulter, adressée par son médecin, le 20 septembre 1956, pour des crises douloureuses gastriques remontant au mois de Juin. Sans jamais avoir auparavant souffert de l'estomac, ni présenté de troubles digestifs importants sauf une constipation chronique facilement vaincue par des laxatifs légers, elle a commencé à ressentir des brûlures au creux épigastrique, avec irradiation rétrosternale accompagnées de crises de salivation et parfois d'éructations. Ces symptômes survenant avant la fin du repas et se prolongeant trois-quatre heures, avaient une durée de 8 à 10 jours. Ces crises se sont transformées au mois d'août. Elles s'accompagnaient d'une légère dysphagie basse, d'asthénie profonde, avec parfois sensation d'angoisse précordiale et de troubles vasomoteurs importants l'obligeant à quitter la table pour aller s'allonger sur son lit ou s'asseoir dans un fauteuil. Très vite, elle remarque une atteinte de l'état général et, depuis le mois de Juin, elle a perdu six kilos. Elle n'a pas eu de crises de tachycardie.

Depuis le mois d'août, elle a présenté ainsi trois périodes douloureuses d'une durée de 8 à 10 jours, séparées par des intervalles libres de 8 jours également.

Son médecin n'a rien trouvé à l'examen de son cœur. Il lui a prescrit des antispasmodiques et des poudres inertes, puis l'a adressée à un spécialiste.

Examen clinique :

Cœur : R.A.S. — T.A. : 15-8. — Réflexes vifs.

Foie normal. Pas de signe de Murphy.

Sensibilité du creux épigastrique ; colon droit peu dépressible garni de matière.

Diagnostic posé : Ulcère duodénal vraisemblable.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

Traversée œsophagienne normale. On note un cardiospasme disparaissant en une minute. Estomac de tonicité normale. Pas de liquide de stase. Traversée pylorique normale. Traversée duodénale sans obstacle. La palpation des parois de l'estomac révèle un point douloureux de la région haute et de la région pyloro-duodénale.

2°) Radiographie :

Les clichés pris de face et en oblique trois-quart, en O.A.D., montrent un ulcère sous-cardial de la petite courbure et une bulboduodénite.

Estomac en procubitus.

OBSERVATION N° VI (inédite)

Madame TIF.., 34 ans, sans profession, vient consulter pour une histoire gastrique remontant à trois ans, caractérisée par: des crises douloureuses à type de torsions et de brûlures, survenant par périodes durant 12 à 15 jours. Ce sont des douleurs tardives apparaissant deux à trois heures après les repas, calmées par l'ingestion d'aliments sans altération de l'état général, sans répercussion sur l'intestin. C'est une histoire faisant penser à un ulcère duodénal.

Mais, depuis un an environ, les douleurs ont changé de caractère. Il s'agit d'une dysphagie basse, intermittente, de très courte durée. Ce sont des douleurs à type de crampes accompagnées d'une sensation d'angoisse, puis de lipothymies, suivies de transpiration abondante. Ces troubles sont soulagés souvent par des éructations. A ce moment, elle commence à maigrir, mange moins: craignant de souffrir. Elle établit un rapport très net entre ses douleurs et son histoire soi-disant cardiaque.

Elle demande à son médecin de consulter un cardiologue; l'examen de celui-ci est négatif. Puis, un neurologue. Mais la thérapeutique instituée n'agit que très peu et elle décide de consulter un gastro-entérologue.

Examen clinique:

Cœur: R.A.S. — T.A.: 14-8.

Poumons: R.A.S. — Réflexes tendineux très vifs.

Murphy sensible. Gargouillement F.I.D.

Examen radiologique (26-10-54):

1°) Radioscopie:

La traversée œsophagienne est normale. Le cardia souple facilement franchi par la bouillie barytée. L'estomac de type normal, hypertonique. Pas de liquide de stase. Poche à air très importante. Contractions normales. On note une légère butée pylorique, puis la traversée se fait normalement. La traversée duodénale se poursuit sans obstacle mais avec phénomènes de brassage. La palpation des parois de l'estomac décèle une zone douloureuse antropylorique.

2°) Radiographie:

Les clichés montrent deux ulcères:

a) sous-cardial;

b) d'une face du bulbe

et une bulboduodénite d'accompagnement.

D'autres clichés, pratiqués le 28-2-55 et le 9-4-56, montrent une cicatrisation très nette des ulcères et la disparition de tout œdème périphérique.

E-tomie en procubitus

OBSERVATION N° VII (inédite)

Madame STO.., 40 ans, sans profession, demeurant à Coutras, raconte l'histoire suivante :

Elle vient consulter le 17-7-56 parce qu'elle présente depuis plusiurs mois, par intermittence, des périodes douloureuses de durée variable, parfois trois jours, parfois huit-dix jours ; périodes caractérisées par une sensation de barre transversale au creux épigastrique, avec irradiation vers la région cardiaque. Ces crises l'obligent à cesser ses occupations et disparaissent avec l'apparition d'éructations.

Mais, depuis fin mai, et à trois reprises différentes, sans écart de régime, sans mener une vie plus active, elle a vu changer le caractère de ses symptômes.

Pendant 10 à 12 jours, elle présentait, dix minutes après le début des repas une tachycardie, des phénomènes vasomoteurs importants, de la chaleur du visage, de la transpiration. A plusieurs reprises, elle quitte la table craignant une syncope. Son médecin lui prescrit des antispasmodiques et des alcalins qui ne la soulagent guère. Elle a maigri de cinq kilos depuis la mi-juin et, devant la continuation de ses crises, elle se décide à consulter un spécialiste.

Il faut noter que cette femme a toujours été constipée et qu'elle a fait un ictère infectieux bénin, d'une durée de quinze jours, au cours de sa deuxième grossesse, il y a quatre ans. Elle a actuellement trois enfant, de dix ans, trois ans et demi et vingt-deux mois.

Examen clinique :

Rien au cœur. — T.A. : 13-7. — Réflexes très vifs.

Région vésiculaire sensible. Cadre colique douloureux.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

Traversée œsophagienne normale. Cardia souple, facilement franchi. Estomac hypotonique, allongé. Poche à air importante. Présence de liquide de stase. Contractions lentes, aboutissant au pylore avec retard. Butée pylorique. Puis traversée normale. Traversée duodénale sans obstacle, mais avec phénomènes de brassage. La palpation décèle un point douloureux dans la région haute de l'estomac et un point vésiculaire.

2°) Radiographie :

Les clichés montrent un ulcère juxtacardial de la face antérieure de l'estomac, une gastrite et une importante déformation duodénale due à la lésion haute.

Des clichés de la vésicule montrent une importante atonie avec retard de l'évacuation et une dyskinésie du col et du cystique.

Estomac face debout

OBSERVATION N° VIII (inédite)

Monsieur LAS... François, 33 ans, vient consulter le 20-6-56 pour le syndrome suivant :

Depuis cinq ans, il présente des pesanteurs post-prandiales suivies de ballonnement. Ces troubles survenant par périodes de quatre à cinq jours, sont accompagnées d'éructations assez importantes et de dérèglement intestinal : constipation pendant quatre à cinq jours, puis diarrhée de trois à quatre jours. C'est une diarrhée fétide ne contenant ni glaires, ni sang. Il s'agit là d'un syndrome vésiculaire. Au mois d'octobre 1955, les troubles ont changé de caractères. Il a senti une plus grande difficulté pour le travail, est devenu plus nerveux et a maigri. En même temps sont apparues des douleurs gastriques à type de crampes survnant tôt après les repas avec ces mêmes ballonnements. L'ensemble évoluant par périodes de 15 à 18 jours, avec pendant les premiers jours, tachycardie survenant très tôt après l'apparition de la crampe douloureuse.

Il y avait en même temps de la transpiration et une tendance à la lipothymie, l'obligeant à suspendre son repas et à quitter la table pour aller s'étendre. Mais il n'a jamais eu d'état syncopal vrai.

Il consulte à plusieurs reprises son médecin qui pense à un désordre neuro-végétatif et prescrit une thérapeutique à base d'antispasmodiques qui n'amène aucune sédation des phénomènes. Il faut noter qu'il n'a jamais eu de vomissements, ni de sang dans les selles.

Examen clinique :

Sujet amaigri, paraissant fatigué.
Cœur : R.A.S. — T.A. : 12-6.
Poumons : R.A.S. — Réflexes tendineux très vifs.
Pas de point de Murphy. Sensibilité périombilicale.
Colon : colite de fermentation.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

Traversée œsophagienne normale. Cardia souple facilement franchi par la bouillie barytée. Estomac hypotonique au début de l'examen, se normalisant par la suite. Allongé, distendu. Légère présence de liquide de stase. Contractions très lentes aboutissant au pylore avec retard. Traversée pylorique normale après une légère butée. La palpation des parois de l'estomac décèle un point douloureux de la région haute de l'estomac.

2°) Radiographie :

Les clichés révèlent une gastrite, une bulboduodénite œdémateuse. Un ulcère sous-cardial de la Petite Courbure débordant sur la paroi postérieure.

Estomac face debout

OBSERVATION N° IX (inédite)

Monsieur CAN.., propriétaire-éleveur, âgé de 48 ans, vient consulter en Février 1955 pour un syndrome digestif accompagné d'asthénie progressive et d'amaigrissement.

Il est suivi depuis plusieurs années pour des troubles hépatiques et vésiculaires à type de migraine, flatulence après les repas, avec parfois quelques brûlures œsophagiennes : c'est un syndrome de dyspepsie hyposthénique. Au début du mois de Janvier 1955, il a constaté l'apparition de crises douloureuses gastriques, survenant pendant le repas, s'amplifiant jusqu'à la fin de celui-ci. Ce sont des douleurs à type de crampes avec irradiation rétrosternale. Ces douleurs durent parfois une heure trente à deux heures et obligent le malade à s'allonger. Elles sont accompagnées d'éructations qui le soulagent. A plusieurs reprises, pendant la période douloureuse, d'une durée de 15 jours chaque fois, il présente au moment de ses crampes des accès de tachycardie, une sensation de vertiges, parfois des transpirations importantes et une tendance lipothymique l'obligeant à quitter la table pour aller s'étendre. Les troubles disparaissent le plus souvent en dix à quinze minutes, mais parfois durent plus longtemps, le malade cessant d'absorber toute nourriture jusqu'au repas suivant. Très vite après le début de la période douloureuse, il constate un amaigrissement (il est vrai qu'il mange moins pour moins souffrir) et une asthénie qui l'ont bien des fois gêné dans les travaux d'exploitation de sa propriété.

Examen clinique :

Poumon : respiration emphysémateuse.

Cœur : R.A.S. à l'auscultation. Etalé à la radioscopie.

T.A. : 17-9. — Réflexes vifs.

La palpation de l'abdomen révèle un point de Murphy très net, une aérogastrie, une aérocolie et une douleur médiane très vive au creux épigastrique.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

La traversée œsophagienne est normale. Le cardia souple facilement franchi par la bouillie barytée. L'estomac haut situé, hyperkynétique, sans liquide de stase. Les contractions sont violentes, et, après une butée, la traversée pylorique se poursuit normalement. La traversée duodénale est normale. La palpation des parois de l'estomac décèle une zone douloureuse de la région pyloroduodénale.

2°) Radiographie :

Les clichés pratiqués montrent un ulcère de la région sous-cardiale, débordant sur la face postérieure, une gastrite et une bulboduodénite œdémateuse.

Estomac en procubitus.

OBSERVATION N° X (inédite)

Monsieur JO.., 67 ans, vient consulter pour des douleurs épigastriques importantes datant de plusieurs mois et s'accentuant malgré diverses thérapeutiques ordonnées par son médecin traitant.

En Septembre 1953, cet homme jusqu'alors très bien portant a commencé à souffrir de l'estomac ; il a présenté des douleurs survenant au début des repas, irradiant vers le côté droit et dans le dos, s'accompagnant d'une véritable sensation d'angoisse, de tachycardie et obligeant le malade à s'étendre pour éviter une syncope éventuelle.

Ces douleurs étaient soulagées par de fortes éructations, mais duraient cependant deux à trois heures et obligeaient souvent le malade à se plier en deux pour tenter de l'atténuer. En même temps qu'une asthénie progressive, s'installait un amaigrissement important (10 kgs environ).

Examen clinique :

Malade amaigri, paraissant très fatigué.

T.A. : 11-7.

Cœur : R.A.S. à l'auscultation. Etalé à la radioscopie.

Poumons : R.A.S.

La palpation de l'abdomen révèle une douleur diffuse dans la région épigastrique.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

La traversée œsophagienne est rapide, pas de mégaœsophage. Le cardia souple, facilement franchi par la bouillie barytée. L'estomac hypertonique, sans liquide de stase. Contractions aboutissant au pylore normalement. La traversée duodénale est normale, sans phénomènes de brassage.

La palpation des parois de l'estomac décèle une région douloureuse le long de la Petite Courbure.

2°) Radiographie :

Les clichés pratiqués montrent la présence de deux ulcères. L'un au tiers inférieur de la Petite Courbure, débordant sur la face postérieure, l'autre sous-cardial.

Estomac en oblique antérieur gauche.

OBSERVATION N° XI (inédite)

Madame DUC.., infirmière, âgée de 35 ans, est traitée depuis le mois de Février 1956 pour une grippe compliquée de bronchite et de sinusite maxillaire, à la suite de laquelle elle fait une pyélonéphrite. A partir de ce moment, elle est atteinte d'une asthénie très marquée, d'un amaigrissement progressif et d'une anémie révélée par un examen de sang pratiqué le 18 Avril 1956 :

Hématies : 3.900.000 - Leucocytes : 3.800 - Taux d'hémoglobine : 80 %.

La formule leucocytaire est normale. Un dosage hormonal des urines montre une nette diminution du taux des 17-cétostéroïdes et des 11-oxystéroïdes, faisant penser à une maladie d'Addison. En Avril apparaît une douleur violente de l'angle costolombaire droit, douleur spontanée, exagérée par l'inspiration profonde et réveillée par la pression. A ce moment s'installent quelques troubles digestifs banaux rentrant dans le cadre de la dyspepsie hyposténique : léger ballonnement après les repas, digestion laborieuse. Signalons que cette malade a présenté dès le début une hypotension de l'ordre de 8-6. Un traitement est institué : repos, vitamine B 12, extraits de foie, syncortyl, qui amène une amélioration de l'état général.

Mais, pendant ce repos et ce traitement, en même temps que persistent les phénomènes dyspeptiques précités, apparaissent à plusieurs reprises, à l'occasion notamment d'excès alimentaires, des crises de vomissements avec signe de Murphy et léger fébricule. La première crise dure une dizaine de jours et les suivantes 3 à 4 jours.

Malgré cela le traitement est poursuivi, et, par précaution, on pratique une radiographie de la colonne dorsolombaire et une urographie, qui ne révèlent rien de pathologique.

Un nouvel examen de sang pratiqué le 18 Juillet 1956 montre une nette amélioration sur le précédent :

Hématies : 4.300.000 - Leucocytes : 4.900 - Taux d'hémoglobine : 86 %.

Formule leucocytaire normale. Parallèlement, un dosage hormonal des urines montre une normalisation du taux des 17-céto et des 11-oxystéroïdes.

Au mois d'Août 1956, l'amaigrissement reparaît alors que la T.A. remonte et que l'asthénie a tendance à diminuer. Mais, devant la persistance de ce syndrome dyspeptique accompagné de vomissements, son médecin traitant demande un examen radiologique de la vésicule biliaire et de l'estomac.

Examen radiologique (le 2-10-56) :

1°) Radioscopie :

On note une atonie de l'œsophage terminal où la bouillie stagne quelques temps, puis le cardia est facilement franchi. L'estomac, de tonicité normale, a une poche à air importante. Contractions lentes aboutissant au pylore avec retard. Traversée pylorique normale

Estampe du D.A.D.

après une légère butée. Traversée duodénale normale. La palpation de l'estomac, dont les parois sont souples, décèle un point douloureux vésiculaire.

2°) Radiographie :

Les clichés permettent de déceler un ulcère juxtacardial sous la forme d'un véritable croissant, avec de gros plis d'œdème. Le cliché en procubitus permet de saisir la convergence des plis. Les clichés de la vésicule biliaire permettent de noter une dyskinésie avec présence de calculins.

OBSERVATION N° XII (inédite)

Madame DEL.., 59 ans, commerçante à Bassens, a fait il y a douze ans des crises de coliques hépatiques. Elle a commencé à souffrir de l'estomac au mois de septembre 1955 après un séjour estival à Andernos. Elle a présenté des douleurs survenant par crises de douze à quinze jours environ, douleurs à type de crampes siégeant dans le creux épigastrique et irradiant en profondeur dans le dos et entre les deux omoplates. Elle n'a eu ni nausées, ni vomissements, mais, au début, des éructations atténuaient ces phénomènes douloureux.

Son médecin lui prescrit du bismuth et elle connaît trois mois d'accalmie : Décembre 1955, Janvier et Février 1956.

Fin février, elle souffre à nouveau de douleurs à type de torsions et de crampes. Pendant les crises, une asthénie importante s'installe, avec, au moment où les crampes surviennent, des crises de tachycardie avec sensation présyncopale l'obligeant à interrompre son repas et à garder la position allongée une heure ou deux. Elle remarque une atteinte de l'état général, une fatigabilité inaccoutumée et un amaigrissement de dix kilos environ.

Examen clinique :

Femme hypertendue : 20-9. — Ebauche de bruit de galop.
Poumons : R.A.S. — Réflexes vifs.
Foie normal. Vésicule sensible. Poche à air gastrique développée.
La palpation du colon n'apporte aucun élément particulier.

Examen radiologique (le 3-10-56).

1°) Radioscopie :

Pas de cardiospasme. Estomac hypotonique au début de l'examen, se normalisant par la suite. La traversée pylorique est normale de même que la traversée duodénale. On décèle un point douloureux de la région haute de l'estomac dont les parois sont souples.

2°) Radiographie :

Les clichés montrent la présence d'un ulcus sous-cardial avec plis d'œdème importants et un ulcus du genu-superius.

Estomac en décubitus.

OBSERVATION N° XIII (inédite)

Monsieur EM.., 28 ans, cultivateur à Touzac (Charente) vient consulter le 12-7-56 pour une asthénie progressive et une altération de l'état général consécutives à des crises digestives et cardiaques. Il était en parfaite santé jusqu'en Février 1956, époque où il voit apparaître ces crises d'une durée de huit à dix jours caractérisées par des douleurs siégeant très haut dans l'estomac, sans irradiation. Douleurs à type de crampes, entraînant d'emblée une très vive lassitude, survenant très tôt après le repas, et certains jours l'empêchant même de l'achever. Par ailleurs, il présente à ce moment-là, un tachycardie et une sensation de gêne précordiale avec tendance à la syncope. La station allongée ne modifie pas la douleur et la tachycardie, mais fait disparaître l'impression de syncope. Il n'a jamais présenté de nausées ni de vomissements. Pas de constipation. Pas de selles noires.

Examen clinique :

L'ensemble de l'examen est négatif.

T.A. : 12-6.

Pas de phénomènes d'hyperthyroïdie.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

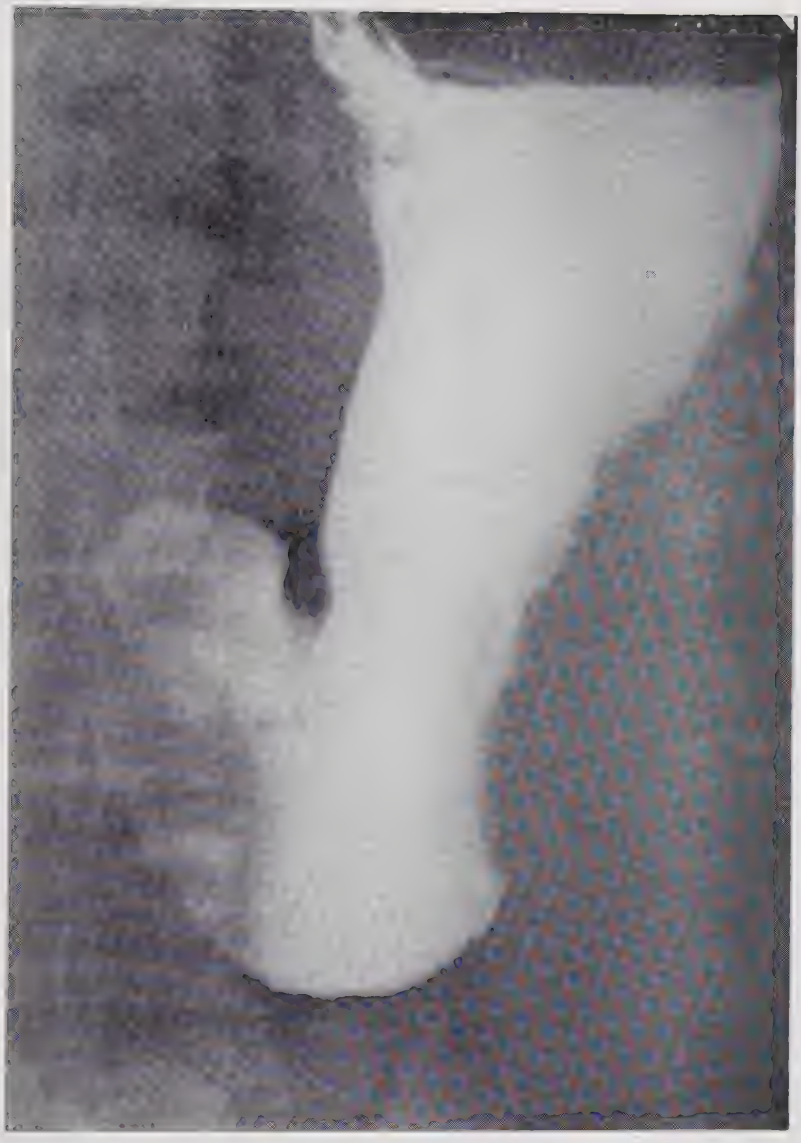
La traversée œsophagienne est normale. Le cardia souple, facilement franchi par la bouillie barytée. L'estomac hypotonique au début de l'examen se normalise par la suite. Allongé. Poche à air importante. Pas de liquide de stase. Contractions très lentes aboutissant au pylore avec retard. La palpation des parois de l'estomac décèle un point douloureux dans la région haute de l'estomac.

2°) Radiographie :

Les clichés montrent une gastrite, une bulboduodénite œdémateuse et un double ulcère :

a) Sous-cardial face antérieure ;

b) Base du bulbe.



Estomac face debout.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel des lésions susceptibles de se rencontrer dans la région juxtacardiale peut difficilement être fait par le simple examen clinique ou le seul interrogatoire.

C'est pourquoi la radiologie est ici d'un immense secours. En réalité, les deux gros problèmes à résoudre sont ceux de l'ulcère et du cancer. Cela ne doit pas faire oublier les différents cas qui peuvent cependant se présenter.

Rappelons auparavant l'aspect radiologique normal de la région. Les plis se présentent sous forme de bandes claires de 3 à 5 millimètres de largeur, séparées par des bandes plus larges. Sur les faces, ils sont à peu près rectilignes, parallèles à la Petite Courbure. Ils sont irréguliers vers la Grande Courbure et convergent vers le cardia au point de former de petites saillies qui peuvent en imposer pour une niche.

C'est l'habitude de la lecture fréquente des clichés qui aidera à distinguer le normal du pathologique.

Parmi les différents cas possibles, éliminons d'abord les affections œsophagiennes:

— Le diverticule épiphrénique qui a cliniquement une symptomatologie atypique, avec, parfois, des régurgitations. Au point de vue radiologique le diagnostic est aisé ou non, suivant que le diverticule se remplit facilement ou dans certaines conditions spéciales.

— La hernie diaphragmatique par l'hiatus œsophagien dont le diagnostic radiologique est rendu difficile par le fait que ces hernies sont parfois intermittentes.

— Le pseudo-diverticule d'une tumeur œsophagienne — cas très rare.

— Le pseudo-diverticule permanent, ou simple élargissement segmentaire.

— La dilatation de l'antre cardiaque.

— Le spasme œsophagien simple et non symptomatique d'une lésion œsophagienne ou gastrique.

— Le mégaœsophage idiopathique.

— Le cancer de l'œsophage. Il faut se méfier de la symptomatologie œsophagienne fréquente des cancers sous-cardiaux.

En ce qui concerne l'estomac lui-même, on peut avoir affaire à :

— L'estomac en cascade. Ici le temps radioscopique est important. Il montre le remplissage successif de deux poches, l'une supérieure, l'autre inférieure.

— Le diverticule sous-cardial mis en évidence par des examens systématiques des auteurs anglo-saxons. Il peut être tout-à-fait latent, ou bien, comme le signalent Hillemand, Garcia-Calderon et Artisson, dans 19 % des cas, il peut avoir une symptomatologie pseudo-ulcéreuse et même donner lieu à des hématémèses ou du mœlena.

Le diverticule peut se remplir soit dès les premières gorgées de baryte, soit quand l'estomac est plein, soit en décubitus latéral, ventral, dorsal, ou en Trendelenburg.

Par rapport à l'ulcère sous-cardial, le diverticule a un collet plus étroit. L'ulcère lui, a une base plus large.

Sa forme est en général arrondie, quelquefois en bout de doigt de gant. Il réagit bien au traitement médical.

En faveur du diverticule sous-cardial, la constatation d'autres diverticules, duodénaux ou coliques, est un bon élément de suspicion.

Cependant, il est des cas où le diagnostic entre ulcère et diverticule sous-cardial est impossible.

En fait, le grave problème du diagnostic différentiel est celui du cancer sous-cardial. L'âge du malade n'intervient pas. Les douleurs périodiques sont en faveur de l'ulcère, mais il y a aussi des cancers ulcériformes (Gutmann).

Dans le cancer, la dysphagie serait plus constante et plus rebelle, les régurgitations plus fréquentes, la sialorrhée plus importante, les aliments sans saveur.

Dans l'ulcère, le retentissement œsophagien serait moins net et moins progressif.

Le cancer sous-cardial est le plus souvent infiltrant, alors que le cancer de la grosse tubérosité est une masse ulcéro-végétante, effaçant progressivement la poche à air au cours de son développement.

Signalons que la position de Trendelenburg n'est pas la position de choix pour les découvrir (Revillon).

Dans le cancer sous-cardial on peut constater un certain degré d'accrochage de la bouillie barytée sur la Petite Courbure qui a perdu son aspect normal souple, ses plis verticaux, sa pente régulière sur laquelle glisse rapidement la baryte. Dans les cas plus avancés, la Petite Courbure présente un aspect cartonné, rigide ou crénelé, elle est angulée sur le corps de l'estomac.

Comme le cancer est souvent ulcériforme, on peut utiliser pour le diagnostic différentiel le test thérapeutique accéléré de Gutmann, mais il faut savoir que la régression de la niche ulcéreuse n'est pas toujours rapide dans cette région, beaucoup moins rapide que pour les ulcères de la Petite Courbure ou de la face postérieure de l'estomac.

Cependant, le diagnostic est parfois très malaisé et, dans le doute, il faut confier le malade au chirurgien qui devra ouvrir l'estomac pour vérifier lui-même la lésion et l'identifier.

REMARQUES CLINIQUES

Le syndrome ulcéreux classique est caractérisé par des douleurs cycliques rythmées dans la journée et périodiques dans l'année.

Dans la journée, la douleur est rythmée par les repas et survient à un horaire précis pour chaque malade, débutant plus ou moins vite après la fin des repas, durant plus ou moins longtemps et s'atténuant d'elle-même ou à l'aide de poudres alcalines ou d'une nouvelle ingestion d'aliments.

Il s'agit en général de crampes ou de torsions de siège épigastrique, avec irradiation postérieure, parfois de faim douloureuse. Chaque ulcéreux présente son syndrome particulier.

L'ulcère de l'estomac présente un rythme à quatre temps : le malade mange, souffre après une plus ou moins courte période d'accalmie, la douleur s'atténue d'elle-même et disparaît. Dans l'ulcère du duodénum, on a un rythme à trois temps : le malade mange, a une période d'accalmie, et la douleur survient qui n'est calmée que par le repas suivant. Le vomissement serait plus fréquent dans l'ulcère de l'estomac.

Enfin, ces douleurs rythmées dans la journée sont aussi périodiques dans l'année et le malade, pendant sa poussée ulcéreuse, souffre après chaque repas sans un seul jour de manque.

Ces crises douloureuses peuvent durer de 10 à 45 jours après lesquels, même sans traitement, survient une période

d'accalmie de durée très variable allant de quelques semaines à plusieurs années.

L'ulcère juxtacardial de l'estomac, décrit par de nombreux auteurs a déjà, par rapport au syndrome ulcéreux classique, une symptomatologie un peu différente.

Gutmann note pour sa forme typique, mais qui n'est pas la plus fréquente, des douleurs qui surviennent « au moment même de la déglutition ou très précocement après elle ». Ces douleurs irradient vers l'œsophage et entre les deux épaules et durent deux à trois heures.

Par ailleurs, cet ulcère peut avoir tout simplement une symtomatologie très classique.

Il peut aussi se présenter sous une forme œsophagienne, simulant une sténose spasmodique, avec gêne à la déglutition, impression d'arrêt des aliments derrière le sternum, avec douleur rétrosternale, quelques régurgitations qui soulagent le malade.

Guérin a décrit d'autre part une forme pylorique, avec sténose du pylore, entraînant des vomissements.

Personnellement, nous n'en avons pas observé de cas.

Enfin, il existe une forme fruste, à type de dyspepsie banale, sans douleur bien localisée, avec parfois des régurgitations de liquide insipide, dans laquelle, sans radiographie de l'estomac, il est impossible de porter le diagnostic d'ulcère juxta-cardial.

La confrontation de nos observations nous a permis, semble-t-il, de pouvoir dégager certains signes cliniques sur lesquels les différents auteurs n'ont pas encore insisté, ou, s'ils les ont soupçonnés, ne les ont pas développés.

Au point de vue du type de la douleur, à côté des crampes et torsions classiques, nous avons constaté des brûlures et l'on sait que les ulcéreux en général ne souffrent pas de brûlures.

Nous insistons tout de suite sur un signe déjà décrit, mais qui, à notre avis, mérite d'être mis en avant.

C'est l'asthénie rencontrée chez ces malades, avec impression de vive lassitude après les repas. Mais, contrairement à l'asthénie du néoplasme digestif qui est progressive, inéluctable, celle-ci a un début assez rapide, elle est intense, mais surtout rétrocède bien avec le repos, dès que le malade peut se mettre au lit et suspendre toute activité. Cette asthénie diminue aussi avec le traitement médical.

Avec l'asthénie, c'est surtout l'amaigrissement de nos malades qui nous a frappé. Il est précoce et important et l'on peut se demander si la seule restriction alimentaire en est la cause primordiale.

Dans l'ensemble, nous n'avons pas constaté de nausées et si nous avons vu des vomissements, nous ne pensons pas que cela soit un signe spécial à l'ulcère juxta-cardial. Peut-être faut-il retenir le vomissement strié de sang, mais il n'est pas fréquent.

L'irradiation de la douleur est assez classique : soit vers le côté droit, soit vers le dos entre les deux épaules, et cela a bien été décrit par Guérin. Plus souvent, la douleur est retroxyphoïdienne, irradiant derrière le sternum et remontant le long de l'œsophage.

Souvent des crises d'éructations, et parfois de la salivation, accompagnent les phénomènes douloureux. Il s'agit là de manifestations réflexes.

Nous en venons maintenant au principal objet de notre travail.

C'est cette symptomatologie d'allure cardio-vasculaire que nous avons retrouvée chez la plupart de nos malades.

Plusieurs d'entre eux ont été soignés pour des affections cardiaques et l'on a dirigé chez eux les examens dans ce sens. On leur a fait des E.C.G. en particulier, pour déceler une coronarite possible. Notons que ces examens se sont toujours révélés négatifs. D'autres ont été considérés comme des Basedowiens, mais les investigations tant cliniques que biologi-

ques n'ont pas révélé d'anomalies dans ce sens. En particulier, le métabolisme basal est normal chez eux.

Plusieurs de ces malades ont eu une très nette sensation d'angoisse précordiale après le repas. Certains ont une très nette sensation d'étouffement, d'autres sont atteints de vertiges. Mais ce n'est pas tout-à-fait cette impression de somnolence post-prandiale, cette flatulence des dyspeptiques et des vésiculaires. C'est nettement un degré de plus.

Presque tous ont eu des crises de tachycardie après les repas, souvent accompagnées de transpirations profuses avec cette impression d'évanouissement imminent.

A un degré de plus, ces crises de tachycardie avec cet ensemble d'allure vraiment cardiovasculaire s'accompagnent parfois de véritables syncopes. Un malade est venu consulter pour cela, mais, comme il l'avait remarqué lui-même, ses syncopes ne survenaient qu'après le repas, et étaient nettement en rapport avec celui-ci. Et c'est ce principal critère qui nous permettra de différencier les douleurs de ces malades de celles des vrais cardiaques. Un coronarien vrai n'est pas influencé par les repas.

Nous retiendrons donc comme signes particuliers de ces ulcères sous-cardiaux, en plus des signes classiques d'ulcère : la tachycardie, la gêne pré-cordiale, la sensation d'angoisse, les phénomènes vasomoteurs, la lipothymie et l'état présyncopal, mais en soulignant bien que cet ensemble symptomatique ne se produit qu'au moment du repas ou peu après sa terminaison.

LE TRAITEMENT

Tous les malades chez qui a été fait le diagnostic d'ulcère juxta-cardial ont été soumis au traitement médical, et on a pu constater la régression, puis la disparition des lésions.

Bien entendu, nous ne nous sommes pas contenté des seuls renseignements fournis par les malades.

Disparition des douleurs, disparition des différents troubles gastro-intestinaux, et de ce syndrome cardiovasculaire sur lequel nous avons tenu à attirer l'attention, reprise de poids, reprise des forces et de l'activité physique.

Nous nous sommes basé surtout sur la confrontation des clichés pris deux ou trois mois après le premier traitement, puis encore quatre ou cinq mois après.

Chaque fois que les malades ont noté une amélioration dans leur état, nous avons pu constater la régression ou la disparition des images radiologiques.

Il convient, chez ces malades, d'instituer un traitement en leur ordonnant un repos sinon absolu au lit, tout au moins avec cessation du travail pendant un mois minimum.

Chez plusieurs d'entr'eux, la protéinothérapie, sous forme de lactoclase, protélysats, peptones de caséine, a eu de très heureux effets.

Il faut réserver l'emploi de l'histamine au traitement d'entretien.

Les plâtrages à base de Bismuth et de poudres alcalines sont une adjonction précieuse.

LA CONDUITE DU TRAITEMENT.

En période douloureuse, il est recammandé de pratiquer chez ces malades une I.V. de solution de bromure d'atropine tous les jours et une I.M. de ferriscorbone sodique.

Si le malade ne souffre pas de façon aiguë, on peut pratiquer une I.V. à doses progressives, tous les deux jours, de lactoclase ou de peptone de caséine, ou de Strapolysat III en I.M., et cela vingt jours de suite par mois pendant trois mois consécutifs.

A cela, on ajoute la prise de bismuth avant les repas, et de poudres alcalines après les repas.

Comme traitement d'entretien, on conseille une I.M. d'histamine tous les deux jours, vingt jours de suite par mois pendant quatre à cinq mois. On continue à associer, comme auparavant, le bismuth et les poudres alcalines.

De plus, dans certains cas de dysphagie douloureuse, les infiltrations splanchniques à la novocaïne à 1/200^{e} rendent de grands services.

Nous pensons que de bons résultats ont été obtenus avec cette façon de conduire le traitement médical. Cependant, il y a place pour d'autres traitements et nous n'avons fait que soumettre nos suggestions.

Si, au bout de trois mois de traitement médical, la radiographie de contrôle ne montre aucune régression de la lésion, le malade est confié au chirurgien qui peut être amené à pratiquer plusieurs types d'interventions. Signalons tout de suite que l'acte chirurgical est rendu difficile, non seulement par les nombreuses adhérences inflammatoires périulcéreuses, mais par la situation même de l'ulcère.

Pour un malade très fatigué et qui ne supporterait pas une importante intervention en un temps, certains auteurs ont proposé la gastrostomie transpylorique qui permet de pousser une sonde duodénale par laquelle on alimente le malade jusqu'à ce qu'il ait repris assez de forces.

Les autres interventions proposées ensuite sont :

La résection sous-ulcéreuse type Kelling-Madlener, ou gastrectomie pour réduction d'acidité, laissant l'ulcère en place. Malgré certains reproches, cette intervention donne dans l'ensemble 75 % de bons résultats.

L'opération de Dragstedt peut donner d'excellents résultats, mais est suivie parfois de troubles fonctionnels à type de vomissements ou de diarrhées importantes.

La résection en gouttière de Pauchet est une opération qui, préconisée par cet auteur, laisse cependant des récidives et est grevée d'une mortalité de 15 %, ce qui est assez grave.

Enfin, la gastrectomie totale, terminée par une œsophago-jejunostomie ou une œsophago-duodénostomie est une opération qui semble hors de proportion avec un simple ulcère. Mai, au cas où elle deviendrait nécessaire, la gastrectomie totale, faite par un chirurgien entraîné, et par un procédé ayant fait ses preuves, tel par exemple le procédé du sandwich du Docteur Lefèvre, est une opération dont la mortalité n'est pas très élevée, et dont on peut attendre les meilleurs résultats.

La difficulté du traitement chirurgical de l'ulcère juxta-cardial incite donc à utiliser toutes les ressources du traitement médical avant de confier le malade au chirurgien.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcère juxta-cardial est en général situé sur la portion sous-cardiale de la Petite Courbure et il déborde plus ou moins sur les faces postérieure ou antérieure de la portion haute de l'estomac. Il est plus rarement situé en pleine face postérieure et exceptionnellement dans la région tubérositaire.

II. — Radiologiquement, ces ulcères peuvent se traduire simplement par une convergence des plis, ou par une niche qui peut être « plate », « en têton », « en éperon » ou en « croissant turc ». Il faut bien rechercher sur les clichés les lésions antro-pyloro-bulbaires réactionnelles.

III. — Au point de vue clinique, à côté des formes déjà décrites : symptomatologie ulcéreuse classique, formes œsophagiennes avec dysphagie, formes frustes à type de dyspepsie, formes pyloriques qu'il ne nous semble plus devoir être rencontrées, nous pensons devoir attirer l'attention sur une véritable forme d'allure cardiovasculaire de l'ulcère juxta-cardial. Nombre de ces malades ont été considérés longtemps comme des cardiaques et soignés comme tels.

Devant des malades souvent amaigris, présentant de la tachycardie, de la gêne précordiale, une sensation d'angoisse, parfois des phénomènes vasomoteurs, assez souvent un état de vive lassitude allant parfois jusqu'à la lipothymie, ensemble symptomatique se situant volontiers peu après les repas, et évoluant d'une façon cyclique, il faut penser à la possibilité d'un ulcère juxta-cardial. Tout en gardant un esprit

clinique, il faut pratiquer une exploration radiologique attentive et, en particulier, concentrer l'attention sur le pôle supérieur de l'estomac.

IV. — Le traitement chirurgical de ces ulcères étant assez difficile, il convient d'essayer toutes les ressources du traitement médical, qui, bien conduit, donne dans la majorité des cas, d'excellents résultats, en notant que la régression radiologique est, en général, plus longue que pour les ulcères des autres régions de l'estomac.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

Bordeaux, le 12 Novembre 1956.

Le Doyen :

R. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER.

Le Président,

E. AUBERTIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 Novembre 1956.

Le Recteur,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

ALBOT (G.), LE CANUET (R.) et BERTHEL (G.). — Le transit œsophagien avec insufflation gastrique. Méthode d'étude des lésions cardio-tubérositaires.

Arch. Mal. App. dig., 1946, **35**, n° 12, 538-542.

BALLIVET et MARION (J.). — L'amputation elliptique de l'estomac, procédé permettant de rétablir la continuité gastro-duodénale dans les gastrectomies pour ulcère juxta-cardiaque postérieur térébrant dans le pancréas.

Lyon chir., mai-juin 1943, **38,** n° 3, 266-268.

BORGES (E.-J.). — Chirurgie cardio-œsophagienne.

J. Int. : Coll. Surg., juil. 1951, **16,** n° 1, 12-21, 3 fig.

BRAASCH (J.-W.), CAIN (J.-C.) et PRIESTLEY (J.-T.). — Ulcère de l'estomac juxta-œsophagien.

Surg. Gyn. Obst., sept. 1955, **101,** n° 3, 280-284, (Bibliogr.).

CAPURO (F.-G) et PECANTET (J.-C.). — Une nouvelle technique pour l'étude de la muqueuse dans la région du cardia.

Radiology, août 1952, **59,** n° 2, 198-200.

CORNET (A.). — Aérophagie - Aérogastrie.

In Encyclopédie médico-chirurgicale, estomac-intestin, tome I, 9014, C 10.

COURAY (J.). — Diagnostic radiologique des images de la partie haute de l'estomac.

J. Radiol. Electrol., 1950, **31,** n° 3-4, 187-191 (Bibliogr.).

DECOULX (P.) et BONTE (G.). — Mise en évidence d'ulcères haut situés de l'estomac par l'exploration en couche mince, sous morphine.

Arch. Mal. App. dig., sept.-oct. 1949, **38,** n° 9-10, 992-995.

DELANNOY (E.), GAUTIER (P.), SOULIER (A.) et TACQUET (A.). — Les tumeurs du pôle supérieur de l'estomac. Considérations cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 22 observations personnelles.

Lille chir., janv.- fév., 1953, **8,** n° 1, 9-26, 7 fig.

DELORT (M.). — Difficultés et précisions de diagnostic radiologique.
Arch. ital. Chir., 1938, **51,** 623-626.

DOCKERTY (M.-B.). — Personal communication.

DUMOULIN (G.). — L'ulcère juxta-cardiaque de l'estomac.
Thèse, Paris, 1924.

DUVAL (J.). — La gastrectomie dans les ulcères très haut situés de l'estomac.
Presse méd., 18 mars 1953, **61,** n° 19, 389, 4 fig.

FINE (J.). — L'ulcère juxtacardiaque de l'estomac.
Thèse, Lyon, 1945 (Thèse dactylographiée).

FINSTERER (H.). — Zur chirurgischen Behandlung des cardianehen Ulcus ventriculi.
J. internat. chir., Brux., 1949, **9,** 1-26.

FINSTERER (H.). — Le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique proche du cardia.
Wien. klin. Wschr., 3 sept. 1954, **66,** n° 35-36, 659-662 (Bibliogr.).

GORDET (G.). — A propos d'une opacité sus-cardiale.
Arch. Mal. App. dig., juil.-août 1949, **38,** n° 7-8, 778-779.

GREGOIRE et OBERLIN. — Précis d'anatomie.
3 vol., Baillière et Fils, édit., Paris, 1948.

GUERIN. — L'ulcère juxtacardiaque.
Thèse, Lyon, 1920.

GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique.
2 vol., Doin, édit., Paris, 1947.

HILLEMAND (P.). — Maladies de l'estomac, de l'œsophage et du duodénum.
1 vol., Flammarion, édit., Paris, 1950.

JOYEUX (R.). — Ulcère de la face postérieure du pôle supérieur de l'estomac. Gastrectomie quasi totale avec anastome gastro-duodénale à la Pean.
Montpellier chir., 1954, n° 5, 267-273, 5 fig.

JUTRAS (A.), LEVRIER (P.), LONGTIN (M.). — Etude radiologique de l'œsophage paradiaphragmatique et du cardia.
J. Radiol. Electrol., 1949, **30,** n° 7-8, 373-414.

KOLE (W.). — Zur Frage des Resektion des Kardianehen Magengeschwueres.
Zbl. Chir., 1950, **75,** 611-624.

LEDOUX-LEBARD (R.) et GARCIA-CALDERON (J.). Technique de radiodiagnostic.
1 vol., Masson, édit., Paris, 1943.

LEFEVRE (H.) et LORTAT-JACOB (J.-L.). — Indications et résultats de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac.
Congrès Français de Chirurgie, 1950, **53,** 218-226.

MADLENER (M.). — Erfahrungen mit der « palliativen » Resektion beim cardianahen Magengeschwuer.
Zbl. Chir., 1939, **66,** 360-362.

MOUTIER. — Traité de Gastroscopie.
1 vol., Masson, édit., Paris, 1935.

MOUTIER. — Zone réflexogène sous-cardiaque.
Arch. Mal. App. dig., 1938, **28,** n° 2, 164-166.

MOUTIER, CORNET. — Ulcère juxta-cardial.
In Encyclopédie Médico - Chirurgicale, Estomac - Intestin (suite), 9021, B 5.

NEMOURS-AUGUSTE. — L'extrémité inférieure de l'œsophage normal.
Presse Médicale, 1949, **65,** 960-962.

NEMOURS-AUGUSTE. — Physiologie de l'œsophage.
Arch. Mal. App. dig., 1951, **5** (supplément), 3-47.

OLLER (L.-A.). — L'ulcère cardio-œsophagien.
Semana med., 3 mai 1951, **98,** n° 18, 678,684, 6 fig.

REVILLON. — Thèse, Lyon, 1943.

RIEDER (W.). — Chirurgische Behandleing des kardianahen Ulcus ventriculi.
Arch. klin. chir. (Lagenbeck), 1939, **196,** 640-655.

ROUX (M.). — Les Ulcères sous-cardiaques.
Gaz. Méd., nov. 1948, **55,** n° 22, 755-758.

SAVY (P.), VACHON (A.), BLONDET (P.) et BUFFARD. — Les ulcères sous-cardiaques. Etude clinique et thérapeutique.
J. Méd. Lyon, 20 juil. 1946, n° 637, 523.

SCHMIDT (H.-W.). Ulcération régurgitante à la jonction œsophago-gastrique.

Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 24 mars 1954, **29,** n° 6, 153-163, 4 fig., 5 tabl.

SEREBRIAKOVA (A.-V.). — Le diagnostic de l'ulcère de la région cardiaque de l'estomac.

Khirouguia (russe), 1953, n° 4, 65-67, 2 fig.

WAHREN (H.) et VIKGREN (P.). — Un atelle oblique sur le sternum pour la chirurgie gastrique haute.

Acta chir. scand., 19 mars 1954, **107,** n° 1, 15-18.

WASCH (M.-G.) et EPSTEIN (B.-S.). — Visualisation radiologique des tumeurs du cardia.

Am. J. Roentgenol., 1944, **51,** 564-571.

WALTHER (O.). — Contribution au diagnostic différentiel des tumeurs siégeant sur les courbures de l'estomac.

Schweiz. med. Wschr., 8 déc. 1951, n° 49, 1211-1214, 7 fig.

ZATZKIN (H.-R.) et RIERA (A.). — L'examen de la partie supérieure du tractus gastro-intestinal après intervention sur l'estomac.

Radiology, août 1950, **55,** n° 2, 193-206, 7 fig. (Bibliogr.).

Imp E. TAFFARD, 6, rue Métivier, BORDEAUX

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

DEFINITION 12

FREQUENCE 13

RAPPEL D'ANATOMIE 14

RAPPEL DE PHYSIOLOGIE. 16

ANATOMIE PATHOLOGIQUE 18

DE LA RADIOLOGIE. 21

OBSERVATIONS 23

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL 51

REMARQUES CLINIQUES 54

LE TRAITEMENT.. 58

CONCLUSIONS. 61

BIBLIOGRAPHIE 63